

浅谈桡骨下端伸直型骨折及徒手整复法

浙江省温州市康复医院 李义

在骨伤科急诊工作中，经常碰到中、老年人跌伤后一手抱患手独自一人来院就诊，而我院平常值班只安排一名医生。故在此情况下，只能独立一人进行应急处理。笔者自82年至88年间共诊治来院急诊的桡骨下端伸直型骨折14例。其中，男5例、女9例、年龄最小32岁，最大68岁。在临床实践中渐渐地摸索出一些粗浅的经验。现介绍于后，愿与广大同道一起探讨。不妥之处请指正。

我国朱肱1406年在《普济方·折伤门》中，首先记载了桡骨下端伸直型骨折的移位特点，并采用超腕关节夹板外固定^①。爱尔兰共和国首都都柏林的亚伯拉罕·科雷斯大夫 Abraham Colles Gdoctor 于1814年描述了这种骨折的基本移位和处理措施^②。后人为了纪念亚伯拉罕·科雷斯大夫，故以他的名字命名。桡骨下端伸直型骨折，系指骨折发生在桡骨下端2—3cm范围内。所谓伸直型骨折，只是为了区别于桡骨下端屈曲型骨折而言。因为两者的损伤病机，骨折后移位方向及处理方法均有不同之处。桡骨下端伸直型骨折的发病率，一般认为以成年、老年为主，尤以女性患者为多见。本组14例，年龄40岁以上

10例，占71%，女性9例，占64%。在此可见，中老年患者的骨质疏松、机体抵抗力衰退为骨折的内因之一。分析其病因病机多数为间接暴力所致。如摔倒时患肢手掌部着地，腕关节呈背伸位，其躯干及上肢向下重力与地面向上的反作用力集中相向传达于桡骨下端而发生骨折。有的病员可同时合并尺骨茎突撕脱性骨折、三角纤维软骨盘附着点损伤、掌侧屈肌腱损伤等。

诊断：一、全身情况，患者就诊时大部呈现急性病容、痛苦表情，有的可伴有头晕、倦软、胸痞闷、心烦等症。二、局部情况，伤后患肢腕部，桡骨下端疼痛、肿胀、畸形。骨折移位大者，从正面观，因骨折远端向桡侧移位，故患处呈枪上刺刀状畸形；从侧面观，由于骨折远端向背侧移位，所以患处表现为餐叉样畸形。手腕关节功能部分或完全丧失。

鉴别诊断：桡骨下端伸直型骨折之诊断并不困难，但须注意除与腕部骨骼、软组织损伤作鉴别外，尤需同桡骨下端屈曲型骨折、巴尔通骨折相鉴别。X线摄片有助于区别桡骨下端骨折之各种类型及移位情况。一、桡骨下端伸直型骨折，又称科雷斯氏骨折。Colles Fracture 它有6个基本移位：1. 嵌顿、2. 侧方移位（即刀刺样畸形）、3. 侧方旋转、4. 背侧移位（餐叉样畸形）、5. 侧旋转、6. 旋后。二、桡骨下端屈曲型骨折，译名为史密斯骨折。Smith Fracture。又称反科雷斯骨折。其病机为摔倒时手背部着地，腕关节呈掌屈位。骨折远端向桡侧和掌侧移位，骨折端向背侧成角。此类骨折较少见。三、巴尔通骨折，Barton Fracture。巴尔通氏于1838年这样描述：腕关节半脱位，起于桡骨远端关节面的骨折。^③这种骨折系指桡骨远端的前缘骨折并有腕关节脱位和下尺桡关节半脱位。腕骨与手向前移位，并有大的前缘骨片，骨折伸向腕关节。简言之：桡骨下端前缘骨折，骨折线进入腕关节伴腕部脱位。英国格拉斯哥大学临床骨科名誉讲师罗纳德·麦克雷大夫 (Ronald McRae doctor) 认为这是史密斯骨折的一种类型。^④

单人徒手整复法及注意点：整复前须先准备好敷料、桡骨下端骨折整形夹板、绷带、麻醉药物及用具等。现以右侧桡骨下端伸直型骨折为例简述其复位手法。患者体位：嘱患者取侧坐于靠椅位。局部麻醉（也可不做）。将0.25%—0.5%普鲁卡因溶液注入患处骨膜下或骨折断端血肿内。患肢屈肘，前臂旋前位。术者右手握于患者右手前臂近端或肘部。左手握于患者右手腕背部，大拇指放在患肢大鱼际外侧，其余四指置于患肢手掌外侧小鱼际部，食指抵于尺骨茎突下。术者两手持续作对抗牵引片刻，矫正骨折端重迭移位后即予以加牵引力并猛力牵抖一下，同时使其腕关节尽量尺偏并适当掌屈位，右食指上提推挤尺骨茎突（若复位感觉不明显，可连续牵抖整复2—3次）。新鲜骨折一般经此手法一次即可复位。本组病例均未遇到复位困难。术后X线复查，如复位满意，即可外敷消肿止痛膏，骨折端加用棉垫，使用塑形的桡骨下端伸直型骨折专用小夹板，将患肢固定于尺偏掌屈位。二周后改为减少掌屈位，换用前臂超腕关节直夹板。复位时须注意矫正桡骨下端关节面之掌倾角，尺偏角接近解剖位或正常值。桡骨下端关节面正常时向掌侧倾斜10°—15°，向尺侧倾斜20°—25°。

复位后护理及功能锻炼：早期3—7天内注意患肢手指活动、血循及肿胀情况。淤肿显著，可予提高患肢。注意夜间伸直肘关节，手腕部提高，局部热敷。不可屈肘位枕于胸前睡觉。鼓励患者作指间关节的适当活动，随肿胀消退后再逐日增强活动，范围也可扩大到肩、肘部。骨折二

踝关节损伤的快速治法

江苏省无夕县西漳医院 吴惠康

在劳动及运动中，如果踝部强度向内或向外翻转，即可造成踝关节损伤，以外踝部损伤为多见，严重者可使韧带断裂，是一种常见病。本人近二年来采用快速揉拿或行关节腔封闭治愈23例踝关节损伤病人，疗效满意，现报告如下。

(一) 一般资料

临床经治23例中，男性9例，女性14例；20岁以下者3例；20—30岁者10例；41—50岁者8例；50岁以上者2例；病程最长13年、最短当天1小时内；右踝受伤14例左踝受伤8例、双踝同时受伤1例；经过摄片者11例、未经摄片者12例。

(二) 治疗方法

(1) 踝关节损伤初期(约1小时内)未肿时，急用揉拿法快速旋转踝关节约15分钟—20分钟，可立拿。

(2) 时间较长的踝关节损伤并且明显肿胀时，改用地塞米松5mg—10mg加2%普鲁卡因2cc—4cc行关节腔封闭法。

(三) 治疗结果

周后改用直夹板超腕关节外固定时，仍需保持适当尺偏，但不再屈腕。继续小夹板外固定三周左右。骨折5—6周后X线摄片复查，若已见有骨折线模糊现象，则表明骨折端骨痂已初步形成，可解除外固定。作腕关节屈伸及前臂旋转锻炼。局部用舒筋活络、通利关节之中草药熏洗。两个月内应避免外力碰撞及家务劳动。

典型病例二则。

病例一、李某某、女性、60岁、家务。永加县岩坦人。82年3月5日步行不慎摔倒时右手掌部着地。即觉局部畸形、肿痛、活动困难。急诊时检查一般状况可，痛苦貌。右前臂桡侧远端明显畸形，正位呈枪刺样畸形，侧位呈参叉样畸形，局部肿胀，压痛拒按。手指活动受限。X线摄片报告右科雷斯氏骨折，错位，伴尺骨茎突撕脱性骨折。即予手法整复。术后X线复查示骨折对位线佳、掌倾角、尺偏角已恢复正常范围但尺骨茎突尚有轻度分离。三天后来院复查，患肢手指微肿，活动可。连诊三次，二周后改换前臂超腕关节小夹板外固定。并嘱功能锻炼。二个月后再次X线复查示骨折端对位线佳，骨折线已消失，骨痂形成。85年6月21日随访时见患肢外形佳，肌

经治23例，均获痊愈，治愈率达100%，疗程最长者7天、最短者20分钟。

(四) 典型病例

(1) 许××、男、60岁左右、永红村人，右踝关节整伤疼痛，无明显肿胀，经本人旋转揉拿一次即愈。

(2) 胡××、男、35岁左右、长安乡人，左踝关节因拖拉机翻车事故损伤13年，久治未愈，经本人用关节腔封闭方法治疗3次，7天愈，未见复发。

(五) 体会

踝关节刚整伤的病人，如不肿，光疼痛，可以预估到局部气血已受影响，血流动必缓慢，如在此时马上作快速揉拿旋转关节，可使气血易于恢复流通。如果踝关节损伤时间较长并明显肿胀时，则行关节腔封闭，可起到减轻局部组织水肿，扩张血管，加速局部血流的作用。关节腔封闭的原理主要是利用地塞米松的抗炎性渗出的作用和普鲁卡因的扩张血管的作用。二种方法灵活运用于临床，可以加快踝关节损伤的治愈时间。

萎缩不著，尺骨茎突略低于健侧，腕关节活动恢复如常，偶有尺腕部酸胀感觉，胜任日常家务劳动。

病例二、胡某某、男性、36岁、店员、龙湾区社田人。87年1月7日骑车不慎摔倒时左手掌部着地，即觉左腕部畸形、肿痛、活动障碍。急诊时症见急性病容，痛苦表情，右手扶抱左臂，左桡骨下端畸形，形如餐叉样，血肿较大，局部压痛显著，腕功能丧失。X线摄片示左科雷斯骨折，远折端向背侧移位，并向掌侧成角轻度重迭。即行徒手整复术。术毕经X线复查提示复位满意。遂将患肢固定于尺偏掌屈位。二周后改用超腕直夹板外固定。3个月后X线摄片示骨折对位线佳，已见较多骨痂形成。88年3月26日随访复查，患肢功能恢复正常。无不良感觉。

参考资料：1.岑泽波主编《中医伤科学》p. 108. 上海科技出版社1985年

2.过邦辅等编译《骨折与关节损伤》p.366.上海科技出版社1984年

3.Ronald McRae, Ptactical Fracture Treatment. 1st. New Jork. Churchill Tivingstone, P149. 1981.